

周邊血液幹細胞捐贈同意書

本人_____同意於嘉義基督教醫院周邊血液幹細胞保存庫以血液分離機收集自身之周邊血液幹細胞，作為治療用途。也願意承擔收集周邊血液幹細胞期間可能帶來之副作用及風險包括：低血鈣造成之抽筋及肢體末端麻痺、微生物感染、雙腔靜脈導管連接處滲血、心律不整等。

您的權益：

- 1.本同意書僅針對本次治療期間之幹細胞收集給予同意。
- 2.您已受到『人體器官保存庫管理辦法 第十三條 機構及其保存庫人員，因職務或執行業務知悉或持有他人秘密，不得無故洩露』條文之保護。
- 3.幹細胞收集前，您有權利隨時撤回或中止此同意書。
- 4.幹細胞收集後，在保存期限內（收集日開始計算一年內）您有權利要求將您未輸用之幹細胞取回或要求保存庫提前銷毀。
- 5.若有任何疑問可隨時與您的主治醫師或保存庫（血庫）連絡。

保存庫聲明：

- 1.本保存庫執行之業務均依照衛福部相關條例為之。
- 2.幹細胞儲存期限為收集日起一年，若過期後未回輸至受贈者且主治醫師無特殊需求者，保存庫將進行銷毀。
- 3.若收集完成之幹細胞經評估其效用與完整性不符合規格，不適合輸注至受贈者後，保存庫將進行銷毀。
- 4.本保存庫之幹細胞若轉為研究用（需另簽研究用人體檢體採集同意書），均屬學術行為，不涉及商業利益。
- 5.當立書同意人無法行使本同意書權益時，得由法定代理人行使之。

立書同意人簽名：_____ 身份證號碼_____

法定代理人簽名：_____ 身份證號碼_____

與病友關係：_____ 連絡電話：_____

中華民國_____年_____月_____日